

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL SUPERIOR DA FORÇA AÉREA

2007/2008



TII

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DA FORÇA AÉREA PORTUGUESA.

**PLANEAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – A
REORGANIZAÇÃO DO INTERNAMENTO DOS
HOSPITAIS MILITARES**

JORGE MANUEL FERREIRA NUNES
CAP/ADMAER



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

PLANEAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE A reorganização do internamento dos hospitais militares

Cap/AdmAer Jorge Manuel Ferreira Nunes

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Lisboa 2008



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

PLANEAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE A reorganização do internamento dos hospitais militares

Cap/AdmAer Jorge Manuel Ferreira Nunes

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Orientador: Major Rui Mendes

Lisboa 2008



Agradecimentos

À Célia pela compreensão e incentivos recebidos.

Ao Rodrigo pela companhia e motivação.



Índice

Introdução	1
1. Enquadramento	4
a. Necessidade do planeamento na saúde	4
b. Qualidade	6
c. Eficiência	8
(1) Eficiência versus volume	9
(2) Integração Horizontal	10
2. Caracterização do Sistema de Saúde Militar	12
a. Tendência evolutiva da organização do Sistema de Saúde Militar	14
3. Desenho do estudo	17
a. Metodologia	17
b. Análise de resultados	17
Conclusões	24
Bibliografia	28
Anexos	32



Índice de quadros

Quadro n.º 1 – Resumo capacidade necessária para a população ADM.....	19
Quadro n.º 2 – Resumo de produção, capacidade instalada e necessária no SSM, 2005	21

Índice de Anexos

Anexo A – Corpo de conceitos	A-1
Anexo B – Entrevista com o Director de Saúde da Força Aérea, Major-General Manuel Calixto.....	B-1
Anexo C – Entrevista com o Director da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais, Ministério da Defesa Nacional, Coronel Adérito Cardoso.....	C-1
Anexo D – Entrevista com o Director Clínico do Hospital da Marinha, Capitão de Mar e Guerra Santos Martins	D-1
Anexo E – Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro	E-1
Anexo F – Despacho n.º 188/MDN/94, de 31 de Julho	F-1
Anexo G – Beneficiários ADM por distrito	G-1
Anexo H – Percentagem de beneficiários ADM - por distrito, 2007	H-1
Anexo I – Capacidade necessária no SSM, por especialidade	I-1
Anexo J – Pessoal médico por especialidade exercida, 2006.....	J-1



Resumo

O Sistema de Saúde Militar (SSM) constitui uma das componentes essenciais das Forças Armadas, para garantir a sua capacidade operacional e o cumprimento com sucesso das suas missões.

Cada ramo tem a sua estrutura hospitalar, criada com o objectivo de responder às suas necessidades, segundo uma lógica de auto-suficiência, que gerou as actuais redundâncias e a ineficiência na utilização dos meios.

Assim, a reforma do SSM, na tentativa de superação das suas deficiências, tem sido uma intenção constante do poder político durante as últimas três décadas, sendo contudo muitas vezes adiada.

O actual SSM mantém características criadas para fazer face às necessidades de outras épocas e que estão desajustadas ao actual cenário de riscos e ameaças. Desses problemas sobressai a capacidade de internamento.

Neste contexto, procurou esta investigação identificar qual o modelo organizativo dos hospitais militares mais indicado para prestar cuidados de saúde, no regime de internamento, com qualidade e eficiência.

Esta investigação permitiu concluir que a capacidade de internamento está sobredimensionada face às necessidades da sua população alvo e que a actual organização do SSM não é a mais adequada.

Focando a investigação nos hospitais de Lisboa, concluiu-se que, quer a distribuição de valências, quer a manutenção dos actuais hospitais sob uma direcção comum, mantêm o excesso de camas que gera ineficiência, sendo utilizadas ou não.

A implementação de uma estrutura hospitalar única, em Lisboa, com uma lotação a variar entre as 150 e 200 camas, adequada às necessidades dos beneficiários da ADM, será a melhor solução para prestar cuidados de saúde em regime de internamento com qualidade e eficiência.



Abstract

The Military Health System (MHS) is one of the essential components of the Armed Forces, to assure its operational capability and the successful accomplishment of its missions.

Each Armed Forces branch has its own hospital structure, created with the objective of answering its own needs, in accordance with its self-sufficiency logic that generated the existing redundancies and inefficiency in the utilization of the available means.

Therefore, the MHS restructuring process, in an attempt to surpass its deficiencies, has been a constant intention of the political power over the last three decades, although many times postponed.

The existing MHS maintains characteristics which were created to face the needs of other eras, and are no longer adequate to face the current scenario of risks and threats. Among those problems, one that stands out is the hospitalization capacity.

In this context, this research sought the identification of the most appropriate organization model for military hospitals in order to provide inpatient health care with quality and efficiency.

This research came to the conclusion that the hospitalization capacity is oversized regarding the needs of its target population and that the current MHS organization is inadequate.

Focusing the investigation in Lisbon hospitals, it was concluded that both the distribution of capacities and the persistence of the existing hospitals under one management maintain the excessive number of beds that generates inefficiency, whether they are used or not.

The implementation of a single hospital structure, in Lisbon, with a capacity between 150 and 200 beds, adequate for the ADM beneficiaries' needs, will be the best solution to provide inpatient health care with quality and efficiency.



Palavras-chave

Planeamento, Sistema de Saúde Militar, Racionalização, Eficiência, Qualidade, Internamento, Avaliação de Necessidades.



Lista de abreviaturas

ADM	– Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
DM	– Demora média
FFAA	– Forças Armadas
HFA	– Hospital da Força Aérea
HM	– Hospital da Marinha
HMB	– Hospital Militar de Belém
HMP	– Hospital Militar Principal
MDN	– Ministério da Defesa Nacional
SNS	– Serviço Nacional de Saúde
SSM	– Sistema de Saúde Militar
SUC	– Serviço de Utilização Comum
CEMGFA	– Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas



Introdução

Num contexto de escassez de recursos na Administração Pública e consequentemente no Ministério da Defesa Nacional (MDN), a pertinência de racionalizar os meios disponíveis é fundamental. No entanto, a simples redução de serviços ou de infra-estruturas por razões estritamente financeiras é uma ameaça à capacidade operacional das Forças Armadas (FFAA), que não pode ser negligenciada.

As FFAA possuem um sistema de saúde próprio no qual se podem identificar duas componentes, que se articulam e interpenetram. Uma com um papel essencial no suporte directo às operações militares e à prontidão dos elementos para a execução das missões operacionais, e a outra, de carácter assistencial, com a prestação de cuidados de saúde a toda a família militar.

O modelo organizativo do Sistema de Saúde Militar (SSM) tem sido alvo de estudos sucessivos durante as últimas três décadas, no sentido de se procurar maior eficiência e eficácia mantendo elevada a qualidade na actividade desenvolvida. Ao longo de todo este tempo não se atingiram totalmente os objectivos fixados.

Para a componente hospitalar, pelo tipo de cuidados que presta, pelas características dos recursos e dos equipamentos que são cada vez mais diferenciados e dispendiosos, tem sido usualmente apontada a solução de concentração dos recursos dispersos pelos três ramos numa única estrutura hospitalar.

As actuais estruturas hospitalares mantêm características que ainda são reflexo da resposta às necessidades manifestadas durante a guerra em África, o que provoca vulnerabilidades e disfunções que tornam mais urgente a sua reforma. Destas características sobressai o número elevado de camas disponíveis para a prestação de cuidados de saúde diferenciados no regime de internamento, o que verdadeiramente distingue os hospitais de outras instituições de saúde.

Embora a missão dos hospitais militares seja distinta dos seus congéneres civis, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estes possuem atribuições que os tornam bastante semelhantes. Relativamente aos cuidados de saúde prestados em regime de internamento, sobressaem nos hospitais militares as reduzidas taxas de ocupação do internamento e as elevadas demoras médias praticadas ao longo dos anos comparativamente ao SNS.

Esta diferença é a evidência de que os serviços de internamento dos hospitais militares poderão não estar a ser tão eficientes como os do SNS. O excesso de camas gera



desperdícios, sejam utilizadas ou não. Se forem usadas geram custos que poderiam ser evitados, se não forem utilizadas está a desperdiçar-se parte da sua capacidade.

A investigação inerente ao tema “Planeamento de Serviços de Saúde – A reorganização do internamento dos hospitais militares”, mais do que apresentar soluções, pretende proporcionar uma avaliação da adequação entre a capacidade de internamento dos hospitais militares e as necessidades da população alvo.

O princípio orientador do trabalho será a racionalização dos recursos disponíveis nos três ramos das FFAA de modo a garantir a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência pelos hospitais militares.

Assim, a presente investigação assume natural importância para todos os Ramos das FFAA e para o próprio MDN, uma vez que se revela actual e de grande relevância.

O trabalho foi desenvolvido segundo o método de investigação em Ciências Sociais proposto por Raymond Quivy. Assim, começou-se por formular a seguinte **pergunta de partida**:

- **Que modelo organizativo dos hospitais militares será o mais indicado para prestar cuidados de saúde, no regime de internamento, com qualidade e eficiência?**

Desta pergunta, referência para todo o trabalho, derivaram outras a que a investigação procurará dar resposta:

- **Estará a capacidade de internamento dos hospitais militares adequada às necessidades da sua população alvo?**
- **Será a implementação de uma estrutura hospitalar militar única a melhor solução para a prossecução do objectivo de prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência?**

Após a definição da pergunta de partida e das derivadas, surgem as **hipóteses** de trabalho, cuja validação será concretizada no desenvolvimento:

H1 – A capacidade do internamento está sobredimensionada face à população alvo que serve;

H2 – A actual organização do SSM é adequada a prestar cuidados de saúde no regime de internamento, com qualidade e eficiência.

H3 – A implementação de uma estrutura hospitalar única é melhor solução do que a distribuição de valências entre hospitais, para prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, nas Forças Armadas.



Assim, este trabalho iniciará o primeiro capítulo com um enquadramento conceptual de análise sobre o planeamento, a eficiência e a qualidade, nos serviços de saúde, essencial para validar a hipóteses. Os restantes conceitos encontram-se no Anexo A.

Posteriormente, caracterizará o SSM actual e dos mais importantes esforços da sua reestruturação nas últimas três décadas.

No capítulo três apresentará a metodologia base para a análise dos resultados que servirão para validar as hipóteses.

Por fim, serão efectuadas as conclusões gerais do trabalho.



1. Enquadramento

a. Necessidade do planeamento na saúde

O processo de planeamento deve ser concebido como algo dinâmico e permanente, dirigido para o futuro e para a acção, que não se esgota numa única actividade temporal. Deste modo, mediante aproximações sucessivas, estar-se-á cada vez mais próximo da racionalização dos recursos, ou num sentido mais lato, do objectivo que se persegue (Dunnell, Holland, 1976: 11 ; Calderón, 2003: 57 ; Brissos, 2004: 44).

No planeamento deve-se ponderar o contexto em que se actua, os múltiplos interesses e as relações de poder, de influência ou de conflitualidade entre os vários actores (Brissos, 2004: 43).

Reis (2004: 8) reconheceu que o Sistema de Saúde Português, onde se enquadra o SSM, está sob uma série de factores de pressão identificados pela Pew Health Professions Commission em 1995 e 1998, para o futuro do sistema de saúde americano, de destacar: *“a manutenção de uma contínua tensão sobre os custos; a existência de sobre-oferta de recursos; o progressivo envelhecimento da população; a crescente importância da tecnologia da informação; a continuação do progresso tecnológico; o reforço das preocupações e esforços com a melhoria da qualidade; a mudança de papel do consumidor de cuidados de saúde; disparidades no acesso às prestações; e o alargamento do conceito de saúde”*.

Estes factores exigirão que se tomem importantes decisões, que irão determinar o futuro a longo prazo dos serviços de saúde, as quais têm de ser alicerçadas com a aplicação de um profícuo processo de planeamento.

O grande objectivo do planeamento dos serviços de saúde, é melhorar a saúde da população. Mas, numa perspectiva mais económica, Abel-Smith (1994), refere que o planeamento é necessário para prevenir os desperdícios, fazer a melhor utilização dos recursos escassos, distribuí-los de forma equitativa e conter os custos.

Num contexto mais abrangente, Imperatori e Giraldes (1982: 6), apontam as seguintes razões para se realizar o planeamento da saúde: *“os recursos são escassos e é preciso utilizá-los da forma mais eficaz e mais eficiente; é preciso intervir nas causas dos problemas; é preciso definir prioridades; há que evitar intervenções isoladas; há infra-estruturas muito caras que podem apoiar simultaneamente vários equipamentos; há equipamentos que podem ter utilizações polivalentes...”*.



Todos os autores são unânimes em considerar o planeamento uma mais-valia essencial para a optimização da relação custo-benefício.

No entanto, face ao rápido desenvolvimento da envolvente externa dos hospitais, estes ainda são uma estrutura rígida e inflexível à mudança, tanto estrutural como culturalmente, cuja configuração reflecte muitas vezes a prestação de cuidados de saúde e as necessidades das populações de eras passadas (McKee, Healy, 2002a: 8).

Esta situação é possível de ultrapassar, se estiver subjacente à tomada de decisão um processo de planeamento, que vá de encontro aos desafios actuais e futuros, assente em informação que pode ser dividida em três categorias: população, recursos e necessidades.

A população é o elemento principal no desenvolvimento de indicadores de utilização, para o planeamento dos serviços de saúde. É, por isso, essencial conhecer como a população utiliza os serviços de saúde.

Posnett (2002: 114) concluiu da revisão bibliográfica que realizou, que a dimensão óptima de um hospital é uma função directa das necessidades de cuidados de saúde da população que tem de servir. Resulta também da interacção entre a acessibilidade dos doentes, das economias de escala que se podem gerar, da organização do sistema de saúde onde o hospital está integrado e do volume como determinante dos resultados.

Deste modo, o planeamento da capacidade do internamento dos hospitais deve basear-se nas necessidades da população, através de medidas de utilização da população, ajustadas por projecções socio-demográficas, tendências de utilização, morbilidade, mortalidade e pelas estimativas de evolução tecnológica e da prática clínica (Pollock et al., 1999: 180).

O número de camas necessário num hospital não é fácil de determinar, pois depende de vários factores, uns que o sistema de saúde não pode modificar facilmente, como é o exemplo dos padrões de doença e da estrutura social da população, outros factores estão mais ao seu alcance, como a eficiência do diagnóstico e do tratamento e a criação de alternativas ao tratamento hospitalar (McKee, 2004: 6).

Segundo McKee (2004: 12), o número de camas por si mesmo constitui uma medida pobre da capacidade instalada de um hospital, porque essas camas só contribuem para a prestação de cuidados de saúde se estiverem suportadas por pessoal especializado e equipamento. No entanto, pretende-se que exista congruência entre todos esses factores.



As organizações de saúde, como sublinhou Drucker em 1954, “...não têm apenas de fazer as coisas bem feitas, mas as coisas certas”, pois estão sob “...intensa e constante atenção da comunidade”, o que passa por, entre outros, “satisfazer as necessidades de todos os potenciais consumidores” (Costa, Reis, 1993, 59).

A satisfação das necessidades de saúde da população faz parte da missão de qualquer serviço de saúde e, mais especificamente, do hospital. A oferta de cuidados de saúde é, muitas vezes, determinada pelas preferências ou ideias preconcebidas dos profissionais e dos utentes, sem que haja qualquer benefício para a saúde. Esta situação deve dar lugar à aplicação de métodos que utilizem a evidência sobre a adequação e efectividade dos cuidados de saúde, de forma a evitar o desperdício de recursos.

A avaliação de necessidades está intimamente relacionada com o conceito de saúde, que segundo a Organização Mundial de Saúde, a “*Saúde é um estado de completo bem-estar, físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença*” (Wright, Williams, Wilkinson, 1998: 1311).

Assim, é essencial diferenciar necessidades de saúde das necessidades de cuidados de saúde. As necessidades de saúde existem quando há indivíduos cujo nível de saúde é inferior ao ideal. As necessidades de cuidados de saúde referem-se à existência de uma intervenção efectiva que vá de encontro, pelo menos em parte, àquelas necessidades de saúde (McKee, 1996: 64).

No entanto, existem várias limitações à avaliação das necessidades, com o recurso a técnicas epidemiológicas, o que motiva os investigadores a adoptarem outros métodos alternativos, dos quais se salientam a avaliação comparativa de necessidades entre populações, a avaliação corporativa por grupos de peritos, tipicamente clínicos, mas também o público e outros *stakeholders*, o modelo pragmático, como uma combinação dos anteriores (McKee, 1996: 68).

b. Qualidade

A qualidade da prestação de cuidados de saúde é um tema bastante importante para os utentes e prestadores. A qualidade é fundamental nas diversas actividades que compõem a prestação de cuidados, seja na prestação de cuidados urgentes, programados, em ambulatório, internamento ou reabilitação. No entanto, uma vez que a prestação de cuidados em internamento é uma função essencial para o hospital, ela adquire aqui, sem prejuízo das restantes, destacada importância (Lopes, 2004: 1).



Para Donabedian (1988a: 1743), existem vários conceitos de qualidade, que variam consoante a posição em relação ao sistema de saúde e consoante aquilo que se entenda por “saúde”. Também pode ser entendido apenas no âmbito do desempenho dos profissionais ou ser progressivamente alargado à estrutura onde decorre a prestação, ao impacto da prestação na vida dos doentes e das suas famílias ou à distribuição social dos níveis de qualidade na comunidade.

Há características estruturais dos hospitais que proporcionam uma maior ou menor qualidade dos serviços prestados.

A estrutura de um hospital pode ser entendida como as características do contexto em que decorre a prestação (Donabedian, 1988a: 1745). Assim, a estrutura inclui os recursos materiais, tais como instalações e equipamentos; os recursos financeiros; os recursos humanos, o número de profissionais e as suas qualificações; e a estrutura organizacional, tais como o modo de financiamento, organização do pessoal médico ou os protocolos de revisão (Donabedian, 1988a: 1745).

Na avaliação da qualidade, uma medida de resultados é a mudança no estado de saúde que pode, com garantias, ser atribuída à prestação que a antecedeu (Donabedian, 1988b: 178).

Segundo Donabedian (1988a: 1747), as três categorias a partir das quais podem ser retiradas conclusões acerca da qualidade são:

- Estrutura: características do contexto em que decorre a prestação;
- Processo: o que é efectivamente feito, e que inclui a procura de cuidados por parte do doente, o diagnóstico e implementação do tratamento por parte do médico;
- Resultados: os efeitos da prestação no nível de saúde.

Esta abordagem é possível apenas porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de bons resultados (Donabedian, 1988a: 1748).

Na avaliação da qualidade é preferível que a avaliação contemple as três dimensões da qualidade, no entanto se for necessário optar, a mais adequada dependerá das circunstâncias dessa escolha, nenhuma delas é “universalmente” preferível (Donabedian, 1988b: 179).

A avaliação da dimensão estrutura não permite, com segurança, avaliar se a qualidade foi boa, mas dá informação sobre as condições existentes que potenciem uma



boa prestação, ou não, na medida que motiva e encoraja a escolha de acções eficazes, adequadas e custo-efectivas (Donabedian, 1988a: 1748; Flood et al., 2000: 367).

Há características estruturais associadas à mortalidade que frequentemente se encontram na literatura. De salientar as seguintes dimensões: recursos humanos; existência de fim lucrativo; existência de função ensino; tecnologia; localização geográfica; número de camas; volume, experiência com doentes semelhantes; e outras características (Lopes, 2004: 18).

Os estudos relativos à relação entre o número de camas e a mortalidade têm tido resultados contraditórios. Alguns autores referem a sua existência em sentidos inversos, mas para outros essa a relação não foi encontrada (Burns, Wholey, 1991: 253; Mitchell, Shortell, 1997: 24).

É comum encontrar bibliografia que associa maior qualidade aos hospitais de elevado volume, pois os seus profissionais melhoram o seu desempenho através da acumulação de experiência.

Mas Sowden e Sheldon (1998: 189), argumentaram que muita investigação não proporciona confiança suficiente, que permita aos decisores utilizar o volume como um indicador de qualidade ou para suportar as decisões de reconfiguração dos serviços. No entanto, existe um consenso generalizado de que “...a *qualidade dos serviços de saúde pode melhorar pela concentração dos cuidados nas mãos dos prestadores que executam maiores volumes de actividade*”. A especialização está associada a maior qualidade na prestação de cuidados¹.

c. Eficiência

Pereira (1992: 13) define eficiência como uma medida que exprime a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos. A actividade é eficiente quando se maximizam os resultados para um dado nível de recursos ou se minimizam os recursos para se obter um determinado resultado. A eficiência técnica é assim uma medida da produção de resultados por unidade de recursos utilizados (por exemplo o número de consultas por médico, a demora média hospitalar, etc.).

Assim, está implícita a necessidade de comparar os *inputs* utilizados no processo produtivo com os *outputs*.

Os *inputs* podem ser divididos em trabalho, capital e materiais consumidos. Nas organizações hospitalares o custo do factor trabalho é o que tem um peso mais

¹ Tópico da entrevista ao MGEN Manuel Calixto (Anexo B)



significativo. No factor capital salientam-se a dimensão (e.g. número de camas, metros quadrados ocupados pelo internamento, etc.), a complexidade (e.g. número de serviços de diagnóstico e de terapêutica) e os custos de construção, entre outros.

A avaliação dos *outputs* pode-se basear no número de doentes saídos ou nos dias de internamento.

Pode-se recorrer à demora média (DM) como um indicador de utilização de recursos que permite comparar a eficiência na prestação entre hospitais, após a ponderação ou neutralização dos desvios, resultantes da existência de diferentes *case-mix* entre si, sendo os mais eficientes aqueles que apresentassem valores mais baixos. Os doentes saídos por cama é um rácio que permite relacionar a produção com o factor capital. (Hornbrook, Goldfarb 1983: 669).

A duração do internamento também foi utilizada como *proxy* do consumo de recursos no desenvolvimento dos grupos de diagnóstico homogéneos para a classificação de doentes internados (Fetter, et al., 1980).

A estrutura e o processo, à semelhança da sua relevância para a qualidade, influenciam fortemente a eficiência técnica dos hospitais. Por exemplo, de entre as várias conclusões retiradas por Rendeiro (2006: 17) no estudo que realizou sobre eficiência técnica dos hospitais portugueses, para uma amostra de 51 hospitais portugueses no período 1997-2004, é de salientar que os hospitais que laboram a partir de diversas infra-estruturas não contíguas sofrem um agravamento estatisticamente significativo dos custos variáveis.

(1) Eficiência versus volume

Na última década tem-se assistido a uma contínua redução de camas por toda a Europa. Mas, a evidência tem mostrado que a redução de camas conduz ao aumento do custo médio de tratamento do doente, porque grande parte dos custos está associado aos edifícios e a outros custos fixos (Healy, Mckee, 2002b: 19; Mckee, 2004: 7).

Para Posnett (1999: 1064) as economias de escala têm um limite, caso contrário a solução mais eficiente seria a construção de mega hospitais que servissem uma cidade ou região com milhões de habitantes. A diversidade de estudos empíricos sobre economias de escala é grande e cobre diferentes métodos e países, mas têm sido consistentes em apresentar que as economias de escala são



evidentes para pequenos hospitais com capacidades até 200 camas. A dimensão óptima de um hospital varia entre as 200 e 400 camas, acima deste valor, os custos médios aumentam.

Num estudo realizado por Lima (2000: 9) com hospitais portugueses concluiu que os hospitais distritais, em particular o hospital médio de 241 camas, estavam a produzir na região de economias de escala crescentes e a beneficiar da produção conjunta de diferentes serviços.

Assim, tudo leva a crer que a concentração de hospitais pequenos aumenta a eficiência, pela redução de custos médios de tratamento. No caso da integração estes ganhos são mais evidentes se ocorrerem através da concentração da prestação numa única estrutura. Se na integração de vários hospitais continuarem a coexistir todas as estruturas, os ganhos de eficiência poderão não ocorrer e poderão surgir custos adicionais inesperados (Posnett, 1999: 1064).

Se a integração de vários hospitais eliminarem excesso de capacidade e duplicação, os custos totais também serão reduzidos, não por razões de economia de escala, mas simplesmente devido à eliminação de capacidade (Posnett, 1999: 1064).

(2) Integração Horizontal

A integração horizontal existe quando sob a mesma entidade ou gestão se reúnem duas ou mais unidades do mesmo tipo, antes autónomas.

Da análise bibliográfica efectuada, conclui-se que os hospitais têm poupanças substanciais de custos ao produzirem conjuntamente os seus serviços.

A integração permite acrescentar valor à produção hospitalar através do aumento de qualidade, melhor e mais serviço, melhor acessibilidade, redução de custos unitários, aumento da eficiência técnica. A integração clínica possibilita a eliminação de actos desnecessários ou inapropriados. Pode-se conseguir ganhos de eficiência na partilha de serviços e recursos humanos, na logística (farmácia, esterilização, aprovisionamento, manutenção e transportes), melhor posição nas compras e eliminação de facturação entre hospitais.

Normalmente, estão associadas economias de escala à concentração de serviços que permitem economizar recursos para os aplicar noutros sectores mais carenciados.



No passado recente do SNS foram criados vários Centros Hospitalares tendo em vista uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da optimização dos recursos (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro).

A integração horizontal de várias unidades hospitalares com o propósito de melhorar os padrões de eficiência e a introdução de uma maior capacidade de resposta aos problemas dos doentes, permite deter na mesma estrutura as especialidades necessárias ao diagnóstico e tratamento de diversas patologias.

No entanto, a integração em saúde reveste-se de alguns riscos, já observados na integração de algumas unidades hospitalares devido à complexidade da sua gestão. Drucker reconheceu que as diferentes práticas, valores e culturas nas diversas unidades, podem provocar uma maior centralização, isolamento e burocratização da gestão, perda da motivação, do empenho e do incentivo para melhores decisões locais e para a responsabilização em cada unidade.



2. Caracterização do Sistema de Saúde Militar

O SSM é composto por serviços independentes entre si, apesar das várias tentativas de reestruturação observadas desde 1976. Apresentam-se de seguida sucintamente os diversos intervenientes com relevância para este trabalho.

Ao nível do MDN, existe a Divisão de Saúde Militar (DSM) dependente da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais, com competência de, entre outras, “promover e participar em estudos tendentes à racionalização dos serviços e optimização de infra-estruturas e equipamentos de saúde” (alínea a) do artigo 17.º, do Decreto Regulamentar n.º 4/2002, de 5 de Fevereiro).

Contudo, essa tarefa não é realizada². Não são emitidas normas, recomendações, requisitos e metodologias aplicáveis à concepção, projecto e construção de instalações e equipamentos de saúde. No entanto, segundo o Coronel Cardoso dever-se-ia reforçar a coordenação ao nível central do MDN, no planeamento de infra-estruturas e de equipamentos, de forma a evitar as duplicações existentes.

No Estado-Maior General das Forças Armadas não existe um órgão responsável pela saúde militar, competindo ao Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA) o “comando completo das Forças Armadas em estado de guerra e o seu comando operacional em tempo de paz” (n.º 1 do artigo 3.º, do Decreto-Lei n.º 48/93, de Fevereiro).

Assim, não existe interferência no planeamento ou na administração centralizada dos recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SSM. Também não há definição e implementação de políticas, normalização e regulamentação do SSM.

Ao nível dos ramos, os serviços de saúde, em particular os hospitais, obedecem a dependências estruturais diferentes. O Hospital da Marinha (HM) depende da Direcção do Serviço de Saúde, que por sua vez depende da Superintendência do Serviço de Pessoal. O Hospital Militar Principal (HMP), o Hospital Militar de Belém (HMB) e os Hospitais Militares Regionais N.º 1 (Porto) e N.º 2 (Coimbra) dependem da Direcção de Saúde (DS) e esta do Comando da Logística. O Hospital da Força Aérea (HFA) depende da Direcção de Saúde que por sua vez depende do Comando do Pessoal.

O HM é um hospital geral polivalente, funciona nas actuais instalações desde 1806, teve intervenções recentes de melhoramento em alguns serviços, de salientar no Bloco

² Tópico da entrevista ao Cor Adérito Cardoso (Anexo C)



Operatório Central, no Serviço de Imageologia, nos Serviços de Internamento, no Hospital de Dia de Oncologia, entre outros. Está em fase de conclusão a intervenção no serviço de Alimentação.

A sua diferenciação prende-se com o Centro de Medicina Hiperbárica, constituído como serviço de utilização comum aos três ramos das FFAA. Tem uma capacidade de internamento de **99 camas** e está localizado em Santa Clara, Lisboa, numa zona de difícil acesso³.

O **HMP** é um hospital geral polivalente, constituído por três corpos de edifícios antigos dispostos em volta do Largo da Estrela, Lisboa. O HMP está nas actuais instalações desde 1834. Recentemente, durante a década de 90 sofreu obras de melhoramento em diversas áreas de prestação de cuidados e mais recentemente melhorou o serviço de urgência e as áreas de internamento. Tem uma capacidade de internamento de **233 camas**. Funciona em três edifícios não contíguos.

O **HMB**, do fim do século XIX, está direccionado para o tratamento de doenças infecto-contagiosas, mas sendo complementar ao HMP tem sido ocupado por áreas emergentes da medicina. Tem uma capacidade de **95 camas** e está localizado em Belém, Lisboa.

Os **Hospitais Militares Regionais N° 1 e N° 2** estão localizados no Porto e Coimbra e têm uma capacidade de internamento para **110 e 63 camas**, respectivamente.

O **HFA** é um hospital geral polivalente, dispõe de instalações modernas, fruto do processo de remodelação e ampliação das suas infra-estruturas e modernização do seu equipamento, iniciado de forma sustentada no fim da década de 90 e ainda a decorrer. Está localizado no Paço do Lumiar, Lisboa, e dispõe de fáceis acessos por vias terrestre e aérea (é o único hospital militar com heliporto), factores essenciais para o acesso a um serviço de urgência. Contudo, este serviço está situado no HMP. Dispõe, ainda, de parques de estacionamento e de uma área envolvente livre que permite o crescimento das infra-estruturas. Tem uma capacidade de internamento de **90 camas**.

Existem na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) quatro hospitais, o HM, HMP, HMB e HFA. Os três primeiros estão edificadas em estruturas antigas e têm sofrido regularmente obras de melhoramento para poderem continuar a prestar cuidados com qualidade e segurança. Estes hospitais ainda contam com limitações de acessibilidade e de

³ Tópico da entrevista ao CMG Guerra Santos Martins (Anexo D)



estacionamento, entre outras. O HFA, apesar de ser o mais recente, também está em fase de conclusão da remodelação total das infra-estruturas.

Há uma distribuição assimétrica da oferta de prestações de saúde, concentrada em Lisboa, com 517 camas. Existe, no SSM, uma oferta de 5,83 camas por 1000 habitantes na RLVT comparativamente às 4,68 a nível nacional.

É comum a todos os hospitais a carência de recursos humanos dos quadros militares, sendo necessário recorrer à contratação de profissionais de saúde civis para suprir as crescentes necessidades, processo que também tem tido dificuldades crescentes.

a. Tendência evolutiva da organização do Sistema de Saúde Militar

Como referido acima, a procura de uma maior eficiência e adequação do SSM aos novos requisitos, à actual tipologia de missões das FFAA, tem provocado uma sistemática vontade de o reformular.

Já com o Conselho de Revolução, preconizando uma maior integração dos meios, foi criada a Escola do Serviço de Saúde Militar, na dependência do CEMGFA (Decreto-Lei n.º 266/79, de 2 de Agosto), e iniciou-se a constituição do Serviço de Hemodiálise do HMP.

Posteriormente, em 1993, o Despacho n.º 15/MDN/93 determinava o “desenvolvimento de estudos sobre a racionalização e utilização coordenada de apoios e infra-estruturas no campo da saúde militar” (Marques, 2006: 859). Dando cumprimento às orientações do despacho, foram enunciados os princípios orientadores para o futuro exarados no Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro (Anexo E), dos quais se salienta a pretensão de redução da duplicação de valências e do número de instalações hospitalares.

O mesmo despacho determinava a implementação de serviços de utilização comum (SUC), o que se veio a concretizar através da publicação do Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho (Anexo F), com a criação de sete SUC, ainda em funcionamento.

Em 1995, o Programa do XIII Governo Constitucional consagrava, novamente, a pretensão de “...proceder à racionalização e utilização coordenada dos serviços e infra-estruturas de saúde militar...”, no entanto o período de 1995 a 1998 caracterizou-se principalmente pelos trabalhos de reflexão dedicados ao SSM.



Mais tarde, em 2001 projectou-se a instalação de uma Direcção de Saúde Militar, contemplando a criação de uma estrutura hospitalar integrada e o desenvolvimento dos SUC, projecto que fracassou (Marques, 2006, 860).

Mais recente, o XVII Governo Constitucional definiu como um dos seus objectivos a reforma do SSM, tendo constituído, através da publicação do Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio, um grupo de trabalho para a reforma do SSM, com os seguintes objectivos principais:

- a) “Definir um modelo de gestão flexível, centrada na obtenção de uma máxima eficiência, eficácia e qualidade;
- b) Analisar a implementação de uma estrutura hospitalar única, tendo em vista a eliminação da duplicação de valências existentes nos hospitais dos três ramos da Forças Armadas...”.

Finalmente, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de Fevereiro, emanou as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das FFAA, em que foram apresentadas as medidas a desenvolver no âmbito da saúde militar. De salientar:

- a) O reforço de valências actualmente deficitárias, da eliminação de duplicações existentes...;
- b) A manutenção, no mínimo, duma capacidade de resposta idêntica à actual em termos de universo de utentes, número de camas, realização de consultas e exames médicos...;
- c) A criação de um órgão, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, responsável pela concepção, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde... Terá como atribuição inicial o estudo da racionalização da rede hospitalar militar, bem como a proposta do respectivo modelo de gestão.
- d) A criação dum Hospital das FFAA, na dependência do CEMGFA, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto, observando as seguintes directrizes:
 - I. Manutenção e valorização do Hospital Militar Regional 1 (Porto);
 - II. Encerramento do Hospital Militar Regional 2 (Coimbra);
 - III. Redimensionamento da estrutura hospitalar militar existente na área de Lisboa, através da racionalização e concentração de valências, constituindo como objectivo o estabelecimento do pólo hospitalar das FFAA em Lisboa. No curto prazo, proceder à racionalização e



concentração de valências médicas e capacidades, constituindo serviços de utilização comum, guarnecidos por pessoal militar e civil dos três ramos das FFAA. No médio prazo, redimensionar a estrutura hospitalar militar, através da sua concentração.

- e) No desenvolvimento do Hospital das FFAA, considerar a possibilidade de uma articulação na utilização de serviços e instalações com outras entidades, designadamente o Serviço Nacional de Saúde.



3. Desenho do estudo

a. Metodologia

Apresentada a problemática, importa responder à pergunta de partida e derivadas e validação das hipóteses formuladas.

A análise abrangerá a capacidade de internamento instalada em todos os hospitais militares face às necessidades dos beneficiários do subsistema de saúde Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), contudo, importa dedicar maior atenção à RVLT, onde podem ser potenciadas maiores sinergias.

Para realizar o trabalho de investigação recorreu-se a um conjunto abrangente de fontes de informação, de destacar o Anuário Estatístico do MDN e dos hospitais militares, do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA) e da Direcção Geral de Saúde. O ano seleccionado para focar a análise foi 2005, o mais próximo com informação oficialmente divulgada pelo MDN.

Conhecer a população alvo e a frequência de utilização dos serviços de saúde é essencial para se planear a dimensão dos hospitais, tendo em consideração o estado da arte da medicina.

Para validar as hipóteses definidas era necessário conhecer as necessidades reais da população alvo dos hospitais militares. Como não existe essa informação, recorrer-se-á a uma análise comparativa tendo por base o índice de utilização de toda a população do país, estando assim presente o conceito de equidade.

b. Análise de resultados

H1 – A capacidade do internamento está sobredimensionada face à população alvo que serve.

Do produto entre as variáveis população e frequência de utilização resulta a quantidade de episódios de saúde utilizados por essa população, para os quais os serviços devem estar dimensionados, o que corresponde à procura.

Como se desconhece a utilização de episódios de internamento pela população alvo dos hospitais militares (a ADM), será através duma proporção directa do consumo manifestado pela população em geral, no qual está inserida e com características epidemiológicas semelhantes, que se obterá a estimativa das suas necessidades.



Por outro lado, a dificuldade de operacionalizar a oferta, em diversidade de produtos, dos hospitais militares conduziu à necessidade de criar dois cenários possíveis de produção:

- Cenário A – *case-mix* de todos os hospitais do SNS;
- Cenário B – *case-mix* dos hospitais distritais gerais e de nível I do SNS.

A oferta definida para o cenário A é utópica, pois não é viável ter capacidade de tratamento de todas as patologias da população alvo dos hospitais militares. O cenário B pretende corresponder à capacidade de oferta mais próxima do real, tendo em consideração que os actuais hospitais militares têm características mais próximas dos hospitais distritais do que dos centrais.

Contudo, há especialidades que no SNS apenas existem nos hospitais centrais ou especializados, mas são necessárias e estão disponíveis nos hospitais militares, daqui a necessidade de ponderar o cenário A.

Por outro lado, tem de se ter em consideração que, embora os hospitais militares sirvam todos os beneficiários da ADM, a procura é filtrada pela acessibilidade geográfica. Assim, considera-se razoável a selecção de uma área geograficamente mais próxima dos hospitais na RLVT. A distribuição geográfica dos beneficiários da ADM tem uma maior concentração nos distritos de Lisboa (30,38%), Setúbal (20,11%) e Santarém (8,53%), o que representa 59,02% do universo e perfaz um total de 89.662 (Anexo G). Assim, analisar-se-ão os dois cenários para a população total da ADM e da RLVT.

São apresentados os resultados para uma taxa de ocupação de 90%, por se considerar que se deve planear com o objectivo de tornar a actividade o mais eficiente possível. A margem de 10% justifica-se pelo *turnover* de doentes. Por outro lado, a evolução clínica aponta no sentido da diminuição da DM e do aumento de procedimentos em regime de ambulatório. A eventual necessidade urgente de camas, em ambiente de guerra, é correspondida através da alteração da política de admissões, de programadas para urgentes.

Da análise do quadro n.º 1, podem-se retirar as seguintes conclusões:

- Se houvesse capacidade de resposta do SSM a toda a procura (Cenário A) da sua população total teria necessidade de 363 camas, para uma taxa de



ocupação igual à praticada pelo SNS (80,50%), o que pode indicar um excesso de 348 camas;

- No mesmo cenário, com o aumento da taxa de ocupação para 90%, seriam necessárias 311 camas, ou seja, aproximadamente 44% da capacidade actual;
- Se for considerada apenas a RLVT, no cenário A, a capacidade existente é de 523 camas para uma necessidade de 218 camas e considerando a taxa de ocupação de 90%, desce a estimativa para 195, o que representa aproximadamente 37% da capacidade actual;
- No cenário B, provavelmente o mais próximo do *case-mix* do SSM, seriam necessárias 181 camas para garantir capacidade de resposta a toda a população, o que indicia que o SSM possui o quádruplo da capacidade necessária. Com a taxa de ocupação igual a 90% seriam suficientes 153 camas.
- O cenário B tendo como população alvo a RLVT apresenta uma necessidade de apenas 70 camas, valor muito inferior ao actual. Esta lotação não deve ser considerada por vários motivos, de destacar a elevada probabilidade de não ser suficiente e de não garantir eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Quadro n.º 1 – Resumo capacidade necessária para a população ADM

	Cenário A				Cenário B			
	ADM Total		ADM RLVT		ADM Total		ADM RLVT	
	T. Ocup. SNS	T. Ocup. 90%	T. Ocup. SNS	T. Ocup. 90%	T. Ocup. SNS	T. Ocup. 90%	T. Ocup. SNS	T. Ocup. 90%
Beneficiários ADM	151225		89662		151225		89662	
Capacidade existente	711		523		711		523	
Capacidade necessária	363	311	218	195	181	153	70	62
Diferença	348	400	305	328	530	558	453	461

De acordo com os resultados obtidos em qualquer um dos cenários definidos é comprovada a hipótese de que a capacidade do internamento está sobredimensionada face à população alvo que serve.

H2 – A actual organização do SSM é adequada a prestar cuidados de saúde no regime de internamento, com qualidade e eficiência.



Actualmente, está em curso o início de uma reforma que visa a implementação de um hospital único em Lisboa. Contudo, a médio prazo coexistirão cinco hospitais militares, quatro em Lisboa e um no Porto.

Sustentada pela revisão bibliográfica realizada, a avaliação desta hipótese será baseada essencialmente na análise dos seguintes indicadores: dias de internamento, número de doentes saídos por cama, demora média e taxa de ocupação.

Os hospitais mais eficientes são aqueles que apresentam valores de DM mais baixos, após ponderação ou neutralização dos desvios resultantes dos diferentes *case-mix* entre instituições. Como não se obteve o acesso às bases de dados dos resumos de alta, a DM será analisada sem a necessária correcção.

Contudo, sendo os hospitais militares de doentes agudos à semelhança do SNS, pode-se observar no quadro n.º 2 que a DM praticada pelos hospitais militares é substancialmente superior à dos seus congéneres civis, de 14,1 para 7,7 dias, respectivamente. Com excepção do HFA, os outros hospitais militares têm valores que se aproximam ou ultrapassam o dobro da DM do SNS.

Sendo a DM considerada como uma *proxy* do consumo de recursos conclui-se que os hospitais militares estão a ser menos eficientes que os do SNS.

O excesso de camas identificado na primeira hipótese também contribui para a elevada DM devido ao facto de não existir pressão na disponibilização das camas.

Analisando o rácio doentes saídos por cama, que permite relacionar a produção com o factor capital, os hospitais militares são menos produtivos, pois em média tratam 14 doentes por cama comparativamente aos 40 do SNS.

Quanto à taxa de ocupação observam-se valores relativamente baixos. Como referido anteriormente, o excesso de camas gera desperdícios, sejam utilizadas ou não. Se forem usadas geram custos que poderiam ser evitados, se não forem utilizadas está a desperdiçar-se parte da sua capacidade.

Assim, os hospitais militares têm duas alternativas, a primeira é a redução substancial da capacidade, a segunda é a abertura a outro tipo de doentes para além da ADM.

A primeira alternativa significa que os hospitais militares para tratarem os 9.483 doentes saídos em 2005, com a mesma DM e uma taxa de ocupação de 90%, necessitavam de 406 camas. Significa uma redução imediata de 269 camas, sem necessidade da reforma do SSM.



Se os hospitais militares alcançassem o mesmo nível de eficiência do SNS (taxa de ocupação de 82,1% e DM de 7,7 dias, em 2005), a capacidade necessária seria de 243 camas, cerca de 36% da actual. Sabendo que há falta de recursos humanos em todos os hospitais, a redução de 432 camas significaria uma poupança de 51 turnos de equipas multidisciplinares, considerando serviços de 25 camas com três turnos por dia.

A opção pela segunda alternativa exige que os hospitais cumpram o princípio da congruência entre o número de camas e a quantidade de pessoal especializado e equipamentos, situação que pode não estar a verificar-se.

Quadro n.º 2 – Resumo de produção, capacidade instalada e necessária no SSM, 2005

	Marinha	Exército		Força Aérea	Total	SNS	SNS
		HMP e HMB	Sub-total			Continente	LVT
Médicos	52	211		82	345	16.285	6.628
Lotação Praticada	99	334	507	69	675	24.093	8.564
Doentes Saídos	963	4.866	6.859	1.661	9.483	940.517	342.205
Doentes Saídos/Cama	9,7	14,6	13,5	24,1	14,0	39,0	40,0
Dias de Internamento	16.760	71.337	101.007	15.717	133.484	7.221.167	2.754.194
Demora Média	17,4	14,7	14,7	9,5	14,1	7,7	8,0
Taxa de Ocupação	46,4%	58,5%	54,6%	62,4%	54,2%	82,1%	88,1%
Doente tratado/médico	18,5	32,5		20,3	27,5	57,8	51,6
Lotação média	99,0	167,0		69,0	112,5	270,7	317,2
Est. Camas T.Ocup_90%	51	217	307	48	406		
Est. Camas T.Ocup SNS	56	222	337	52	445		
Est. Camas - T.Ocup e DM_SNS	25	122	176	43	243		

Fonte: Elaboração própria com base no Anuário Estatístico do MDN (2005) e Centros de Saúde e Hospitais, recursos e produção do SNS (2005)

Apesar das limitações que estão inerentes à análise do quadro anterior, pode-se afirmar que os hospitais militares comparativamente aos do SNS são menos eficientes.

Por seu turno, o número de doentes tratados por médico no SSM (27,5) é inferior ao SNS (57,8), o que permite concluir que há uma maior acumulação de experiência no SNS que potencia melhor desempenho.

A dimensão média dos hospitais do SSM é de 112,5 camas. Segundo a bibliografia, que associa maior qualidade aos hospitais de elevado volume, o SSM tem



potencialidades de aumentar a qualidade se concentrar a oferta em unidades de maior dimensão.

Assim, segundo o exposto a hipótese é rejeitada, uma vez que, perante os resultados apresentados, poderia ser garantida maior eficiência e qualidade com outro modelo organizativo.

H3 – A implementação de uma estrutura hospitalar única é melhor solução do que a distribuição de valências entre hospitais, para prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, nas Forças Armadas.

A análise desta hipótese irá centrar-se no internamento dos hospitais militares da região de Lisboa, onde faz sentido estudar potenciais sinergias com vista a eliminação da duplicação de valências.

Da análise da primeira hipótese é possível concluir que a lotação necessária para o universo de 100.000 a 150.000 beneficiários do SSM varia entre 150 e 200 camas ao invés das 527 existentes na RLVT.

Observa-se, no anexo I que no cenário A (RLVT), para a necessidade identificada de 218 camas, cerca de dois terços das especialidades tem uma necessidade inferior a cinco camas. Para o cenário B, a situação é semelhante. Pressupõe, então, um movimento diminuto de doentes e consequentemente numa reduzida prática clínica.

Na estimativa do cenário B destaca-se a exclusão de algumas especialidades mais diferenciadas, devido ao facto de não estarem disponíveis nos hospitais distritais do SNS. Contudo, embora os hospitais militares não possam ambicionar ter capacidade de tratar toda a diversidade de patologias da sua população, necessitam de possuir algumas dessas especialidades para cumprir a sua missão. Daqui a necessidade de se considerar uma capacidade intermédia ao cenário A e B.

Num cenário maximalista, a distribuição de 200 camas e das valências pelos quatro hospitais de Lisboa, traduzir-se-ia na coexistência de unidades de diminuta dimensão, o que contraria os princípios da eficiência e qualidade.

A distribuição de valências pela actual capacidade instalada também não representa ganhos de eficiência e de qualidade, pois implica a manutenção de excesso de oferta face às necessidades da população.

A manutenção dos actuais hospitais, mesmo que sob uma direcção comum e com a distribuição de valências, implica a continuação dos investimentos de



melhoramento, de aquisição duplicada de novos meios e a disponibilidade de meios que todos necessitam para o seu funcionamento.

Sabendo que os hospitais que operam em diversas instalações não contíguas exibem maiores custos variáveis, é preferível, se a dimensão não ultrapassar as 400 camas, a concentração das infra-estruturas a qualquer outro modelo.

Por outro lado, a concentração dos recursos humanos numa única estrutura evitaria a presença de especialidades com um único médico (Anexo J). Permitia uma maior especialização de cada elemento, logo um potencial aumento da qualidade da prestação.

Uma estrutura única permite realizar actividade mais diversificada e diferenciada comparativamente à dispersão de meios pelos hospitais existentes. O aumento do volume transmitiria uma maior atracção dos médicos pela carreira militar, facilitava a realização de investigação e formação interna de pessoal com menor dependência do exterior.

Pode-se concluir que para um universo de 100.000 a 150.000 beneficiários justifica-se a racionalização da oferta de cuidados através da concentração de recursos numa unidade de dimensão adequada, entre 150 e 200 camas, para garantir maior eficiência e a qualidade na prestação.

Também se conhece a actual vontade política de a curto prazo proceder à racionalização e concentração de valências médicas, sem referência explícita à redução da capacidade instalada. A médio prazo pretende-se redimensionar a estrutura hospitalar militar através da sua concentração.

Pelas razões enunciadas é comprovada a hipótese de que a integração dos actuais hospitais militares da RLVT numa só infra-estrutura permite prestar cuidados de saúde com maior eficiência e qualidade.



Conclusões

No contexto de constante mudança que se vive, o desenvolvimento dos serviços de saúde tem de estar assente num profícuo processo de planeamento. Devem ser estabelecidas metas concretas, de forma a maximizar a relação custo-benefício na utilização dos recursos cada vez mais escassos.

As FFAA possuem um SSM próprio, essencial para garantir a capacidade operacional e o cumprimento das missões. É composto por serviços independentes entre si, não existindo qualquer serviço que faça a coordenação e planeamento centralizado de infra-estruturas e equipamentos, de forma a evitar as duplicações existentes.

Cada ramo tem a sua estrutura hospitalar, criada com o objectivo de responder às suas necessidades, sem considerar a capacidade instalada nos outros ramos. Esta lógica de auto-suficiência gerou as actuais redundâncias e ineficiência na utilização dos meios.

As FFAA têm seis hospitais com uma lotação oficial de 690 camas, distribuídas por um hospital localizado no Porto com 110 camas, um em Coimbra com 63 e quatro em Lisboa com 517.

A tipologia das operações militares em que actua o SSM já não corresponde à de épocas anteriores, como foi o período da guerra em África. Por outro lado, o progresso tecnológico e da medicina exigem uma constante adaptação e prontidão do SSM.

Assim, a reforma do SSM, na tentativa de superação das suas deficiências, tem sido uma intenção constante do poder político durante as últimas três décadas, mas muitas vezes adiada.

O XVII Governo Constitucional conferiu um novo impulso à reforma da Saúde Militar com a decisão de criar um Hospital das FFAA, organizado em dois pólos hospitalares (Lisboa e Porto). Definiu que o redimensionamento da actual estrutura hospitalar far-se-á de forma faseada: a curto prazo, a racionalização e concentração das valências médicas dos três Ramos; a médio prazo, a sua concentração. Também se pretende criar na dependência do Ministro da Defesa Nacional, um órgão responsável pelas políticas de saúde militar.

O principal foco de todo o ímpeto reformista é a componente hospitalar. Os hospitais militares, à semelhança dos seus congéneres civis, ainda são uma estrutura rígida e inflexível à mudança, tanto estrutural como culturalmente, cuja configuração reflecte muitas vezes a prestação de cuidados de saúde e as necessidades de eras passadas. Daqui lhe advêm algumas das vulnerabilidades e disfunções.



Sendo a actividade desenvolvida em regime de internamento, o que verdadeiramente distingue os hospitais de outras instituições de saúde, deve-lhe ser dada uma atenção especial no processo de planeamento.

Assim, procurou-se nesta investigação identificar qual o modelo organizativo dos hospitais militares mais indicado para prestar cuidados de saúde, no regime de internamento, com qualidade e eficiência.

Desta pergunta de partida derivaram outras duas, concretamente:

- Estará a capacidade de internamento dos hospitais militares adequada às necessidades da sua população alvo?
- Será a implementação de uma estrutura hospitalar militar única a melhor solução para a prossecução do objectivo de prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência?

Para responder às perguntas formuladas foi construído, no primeiro capítulo, um quadro conceptual de análise, onde se procurou assimilar a pertinência do planeamento na saúde.

A tensão sobre os custos, o progresso tecnológico, as preocupações e esforços com a melhoria da qualidade, a evolução do papel do consumidor, cada vez mais exigente, a acessibilidade, a crescente importância da informação, o conceito de saúde e a evolução da medicina são alguns dos factores que impõem um processo de planeamento dinâmico e permanente dos serviços de saúde.

No processo de planeamento deve-se atender sempre aos princípios da eficiência e da qualidade, que se procurou descrever brevemente, com incidência na prestação de cuidados de saúde em regime de internamento.

Para a avaliação da eficiência pôde-se identificar diversos indicadores que permitem analisar o desempenho dos hospitais, após ponderação do *case-mix* de cada unidade. Assim, a DM, os doentes saídos por cama e a duração do internamento, são alguns indicadores que relacionados com a estrutura, dimensão, volume e organização dos hospitais permitem retirar ilações sobre a maior ou menor eficiência no processo produtivo.

Em relação às diversas abordagens de avaliação da qualidade, pode-se retirar conclusões a partir de três dimensões: estrutura, processo e resultados.

Este trabalho teve naturalmente um enfoque na avaliação da estrutura, dimensão de capital importância nos cuidados prestados em regime de internamento, com destaque para o número de camas e volume de actividade.



Há um consenso generalizado da existência de uma relação positiva entre o volume e a qualidade, embora haja estudos com resultados contraditórios.

A clarificação destes conceitos permitiu avançar para a formulação de hipóteses de trabalho e respectiva validação.

Apresentada a problemática, no terceiro capítulo procurou-se responder às perguntas de partida e derivadas, simultaneamente à validação das hipóteses formuladas.

A primeira análise efectuada foi confrontar a procura com a oferta de cuidados. Como se desconhece a utilização de episódios de internamento pela população da ADM, a procura foi identificada através de uma proporção directa do consumo realizado, no SNS, pela população do país, estando assim presente o princípio da equidade.

A oferta dos hospitais militares foi dividida em dois cenários, o A (oferta utópica de toda a diversidade de cuidados disponibilizados pelo SNS) e o B (apenas a diversidade de cuidados disponibilizados pelos hospitais distritais e de nível I do SNS, mais limitado que a actual capacidade de oferta).

Por razões de acessibilidade geográfica, foram analisados os dois cenários para a população total da ADM (151.225 beneficiários) e para os residentes na RLVT (89.662 beneficiários), onde podem ser criadas potenciais sinergias entre os quatro hospitais localizados em Lisboa.

O resultado obtido para qualquer um dos cenários foi que a actual capacidade de internamento está sobredimensionada face às necessidades da população que serve, comprovando assim a primeira hipótese (H1).

Procurou-se de seguida analisar se a actual organização do SSM é adequada a prestar cuidados de saúde no regime de internamento, com qualidade e eficiência (H2).

Seguindo as orientações da revisão bibliográfica, foram analisados os resultados de desempenho dos hospitais militares comparativamente ao SNS, para o ano de 2005.

Da análise da primeira hipótese ficou evidente que existe uma sobre-oferta de camas face às necessidades, o que se comprova observando a taxa de ocupação de 54,2%, a DM de 14,1 dias e os 14,0 doentes saídos por cama comparativamente aos 82,1%, 7,7 e 39,0, respectivamente, praticados pelo SNS. Estes valores *per si* denunciam um menor nível de eficiência comparativamente ao SNS.

A dimensão média dos hospitais de 112,5 camas, o volume de actividade, bem como o número de doentes tratados por médico no SSM (27,5), em oposição ao SNS (57,8), permitiram rejeitar a hipótese de que a actual organização do SSM é adequada para prestar cuidados, em regime de internamento, com qualidade e eficiência (H2).



Sabendo então que a actual organização dos hospitais militares não é a mais adequada para cumprir com os princípios da qualidade e eficiência, procurou-se identificar a melhor opção de reestruturação, entre a concentração numa única estrutura, a distribuição de valências entre os hospitais existentes ou a manutenção dos actuais hospitais sob uma direcção comum.

A manutenção da actual capacidade, mesmo com a distribuição de valências ou com uma direcção comum a todos os hospitais, mantém o excesso de camas que gera ineficiência sendo utilizadas ou não.

Em síntese pode-se afirmar que as FFAA necessitam, na RLVT, de uma lotação que pode variar entre as 150 e 200 camas, para os 100.000 a 150.000 beneficiários da ADM.

Segundo os estudos realizados sobre economias de escala, conclui-se que a adopção de uma única unidade daquela capacidade é preferível à sua distribuição por pequenos hospitais. Acrescendo que os hospitais que laboram a partir de estruturas separadas fisicamente, mesmo que sob uma direcção comum, tem custos de funcionamento superiores à sua concentração.

O SSM deve garantir à sua população alvo o acesso equitativo à prestação de cuidados de saúde com qualidade, salvaguardando a utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Com a reserva de que a investigação focou, essencialmente, o internamento dos hospitais militares, recomenda-se:

- A criação a curto prazo do Hospital das FFAA em Lisboa, numa única estrutura;
- A implementação efectiva de um órgão coordenador do SSM, com capacidade de definir a política de saúde militar, de administração centralizada dos recursos da saúde e de avaliação do desempenho dos hospitais.

“The planning of health services cannot be based merely on impressions or opinions. It is essential first of all to know how the hospital establishments operate and secondly to estimate their ability to meet the needs of the population for personal medical care.”

R. F. Bridgman



Bibliografia

Monografias

ABEL-SMITH, B. (1994). *An introduction to health : policy, planning and financing*. London : Longman. ISBN 0-58223865-X.

CALDERÓN, Manuel B. (2003). *Dirección de hospitales*. 7ª ed.. México : McGraw-Hill Interamericana. ISBN 970-10-3631-X.

DUNNEL, Karen; HOLLAND, Walter (1976). Planning for health services. In DUNNELL, Karen. (eds). *Health services planning*. London : King Edward's Hospital Fund For London, p. 9-18. ISBN 0-900889-61-6.

FLOOD, Ann B.; ZINN, Jacqueline S.; SHORTELL, Stephen M.; SCOTT, W. Richard (2000). Organizational performance: managing for efficiency and effectiveness. In SHORTELL, Stephen M.; KALUZNY, Arnold D. (eds) *Managing health care organizations: organization theory and behaviour*. 3rd ed. New York: Delmar, p. 356-393.

HEALY, Judith; McKEE, Martin (2002b). The evolution of hospital systems. In McKEE, Martin; HEALY, Judith (eds.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham : Open University Press. World Health Organization. European Observatory on Health Care Systems Series, p. 14-35. ISBN 0 335 20928 9 (pb).

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. (Obras Avulsas; 2).

LOPES, Sílvia da S. (2004). *Mortalidade hospitalar e estrutura dos hospitais*. Projecto de investigação aplicada. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública.

MATA, José (2005). *Economia da empresa*. 3ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

McKEE, Martin (1996). Health needs assessment. In JANOVSKY, Katja. (eds.) *Health policy and systems development: an agenda for research*. Geneva : World Health Organization, p. 61-78.

McKEE, Martin; HEALY, Judith (2002a). The significance of hospitals: an introduction. In McKEE, Martin; HEALY, Judith (eds.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham :



Open University Press. World Health Organization. European Observatory on Health Care Systems Series, p. 3-13. ISBN 0 335 20928 9 (pb).

POSNETT, John (2002). Are bigger hospitals better? In McKEE, Martin; HEALY, Judith (eds.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press. World Health Organization. ISBN 0 335 20928 9 (pb). European Observatory on Health Care Systems Series, p. 100-118.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa : Gradiva.

Publicações

Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2005 (2007). Ministério da Defesa Nacional. Lisboa : Ministério da Defesa Nacional. ISBN 0874-3312.

Portugal e a Defesa Nacional (1999). Ministério da Defesa Nacional. Lisboa : Ministério da Defesa Nacional. ISBN 972-96007-9-1.

Centros de Saúde e Hospitais, recursos e produção do SNS, 2005 (2006). Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Informação e Análise. Lisboa : Direcção-Geral de Saúde. ISSN 1645-8893.

Artigos de publicações em série (revistas)

BRISSOS, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade : algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22 : 1, p. 43-53.

BURNS, Lawton R.; WHOLEY, Douglas R. (1991). The effects of patient, hospital and physician characteristics on length of stay and mortality. *Medical Care*. 29: 3, p. 251-271.

COSTA, Carlos; REIS, Vasco (1993). O sucesso nas organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 11 : 3, p. 59-68.

DONABEDIAN, Avedis (1988a). The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of American Medical Association*. 260:12, p. 1743-8.

DONABEDIAN, Avedis (1988b). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*. 25: 1, p. 173-192.



FETTER, R.; SHIN, Y.; FREEMAN, J.; AVERILL, R.; THOMPSON, J. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*. 18 : 2, p. 1-53.

HORNBROOK, Mark; GOLDFARB, Marsha (1983). A partial test of a hospital behavioral model. *Social Science and Medicine*. 17 : 10, p. 667-680.

MARQUES, José C. Nunes (2006). Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual. *Revista Militar*. 58 : 8/9, p. 857-878.

McKEE, Martin (2004). Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned? Copenhagen : The European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief; 6, p. 1-18.

MITCHELL, P.H.; SHORTELL, S.M. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*. 35 : 11, p. 19-32.

POLLOCK, Allyson M.; MATTHEW, G. Dunningan; DECLAN, Gaffney; PRICE, David; SHAOUL, Jean (1999). Planning the “new” NHS: Downsizing for the 21st century. *British Medical Journal*. 319 : 7203, p. 179-184.

POSNETT, J. (1999). The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ*. 319, p. 1063-1065.

REIS, Vasco (2004). Gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22 : 1, p. 7-17.

SOWDEN, Amanda J.; SHELDON, Trevor A. (1998). Does volume really affect outcome? Lessons from the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*. 3 : 3, p. 187-190.

WRIGHT, J.; WILLIAMS, R.; WILKINNSON, J. (1998). Health needs assessment : development and importance of health needs assessment. *BMJ*. 316, p. 1310-1313.

Documentos de trabalho

LIMA, Maria Elvira (2000) *A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogarítmico*. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de trabalho 2/2000.

PEREIRA, João (1992). *Economia da Saúde. Glossário de Termos e Conceitos*. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de Trabalho, 1/93.



Monografias electrónicas

RENDEIRO, Marco. *Eficiência técnica dos hospitais portugueses 1997-2004: Uma aplicação (regional) com base num modelo de fronteira estocástica* [em linha]. Universidade dos Açores e CEEAplA, 21 Julho 2006 [referência de 21 de Dezembro de 2007]. Disponível na Internet em: <<http://www.uac.pt/~ceeapla/pt/pdf/seminarios/Seminar21-07-2006.pdf>>

Legislação

Decreto Regulamentar n.º 4/2002, de 5 de Fevereiro. *Diário da República n.º 30, I Série-B, p 944-950*. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.

Decreto-Lei 48/93, de 26 de Fevereiro. *Diário da República n.º 48, I Série-A, p 807-815*. Conselho de Ministros. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro. *Diário da República n.º 249, I Série-A, p 7323-7333*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 266/79, de 2 de Agosto. *Diário da República n.º 177, I Série, p 1771-1774*. Conselho da Revolução. Lisboa.

Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio. *Diário da República n.º 93, II Série (15 de Maio de 2006), p 6969-6970*. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Lisboa.

Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.

Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.

Programa do XIII Governo Constitucional, <<http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/D027A999-3F94-434A-BA5A-F39908899661/0/GC13.pdf>>, (4Fevereiro2008)

Programa do XVII Governo Constitucional, <<http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>> (4Fevereiro2008)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de Fevereiro de 2008. *Diário da República n.º 42, I Série, p 1328-1332*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.



Anexos

Anexo A – Corpo de conceitos

Anexo B – Entrevista com o Director de Saúde da Força Aérea, Major-General Manuel Calixto

Anexo C – Entrevista com o Director da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais, Ministério da Defesa Nacional, Coronel Adérito Cardoso

Anexo D – Entrevista com o Director Clínico do Hospital da Marinha, Capitão de Mar e Guerra Santos Martins

Anexo E – Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro

Anexo F – Despacho n.º 188/MDN/94, de 31 de Julho

Anexo G – Beneficiários ADM por distrito

Anexo H – Percentagem de beneficiários ADM - por distrito, 2007

Anexo I – Capacidade necessária no SSM, por especialidade

Anexo J – Pessoal médico por especialidade exercida, 2006



Anexo A – Corpo de conceitos

Racionalização: no sentido de evitar, sempre que possível, a duplicação do mesmo serviço, quando este pode prestar apoio a vários Órgãos.

Família militar: todo o universo de beneficiários do subsistema de saúde ADM.

Capacidade instalada: representa o volume máximo de produção que uma determinada organização, neste caso o hospital, consegue atingir, durante um certo período de tempo, tendo em conta os recursos humanos, equipamentos e instalações que tem disponíveis. Quando o volume de produção está abaixo da capacidade instalada, diz-se que existe desemprego de factores.

Economias de escala: existem enquanto o custo médio se reduz com o aumento da escala de produção da empresa. Existem deseconomias de escala a partir do momento em que os custos médios crescem com o aumento da dimensão.

“Case-mix”: variedade de situações clínicas dos doentes tratados por hospital, organização de saúde ou prestador.

Hospital: Estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. (Actualmente, os hospitais classificam-se consoante a capacidade de intervenção técnica, as áreas de patologia e a entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral e especializado e em hospital oficial e particular, respectivamente).

Hospital de Agudos: Hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença. Trata-se de hospitais com demora média de curta duração (A designação do conceito, assenta na classificação dos hospitais quanto à situação na doença (aguda/crónica)).

Hospital Especializado: Hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo etário.

Hospital Distrital: Hospital público caracterizado por possuir recursos inerentes às valências básicas, podendo ter, quando se justifique, outras relacionados com valências intermédias e diferenciadas e só excepcionalmente altamente diferenciadas, com responsabilidades no âmbito da sub- região onde se inserem.



Hospital de Nível 1: Hospital distrital, cujo internamento se limita, em regra, às valências mais básicas: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Obstetrícia / Ginecologia, Pediatria, podendo, excepcionalmente, haver casos em que se inclua também a Ortopedia.

Internamento: conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Episódio de internamento: período de tempo de internamento que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, em regime de internamento, exceptuando-se o dia da alta, com permanência de pelo menos 24 horas em cama para diagnóstico ou tratamento.

Dias de internamento: total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde.

Demora Média: Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período.

Doentes saídos: doentes que deixam de permanecer internados num estabelecimento de saúde, nesse período.

Doentes saídos por cama: relação entre o número de doentes saídos e as camas de um estabelecimento de saúde ou serviço. Calcula-se pelo quociente entre o número de doentes saídos num determinado período (normalmente um ano) e as camas (lotação praticada) do estabelecimento hospitalar ou serviço, nesse período.

Lotação oficial: número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) oficialmente definido, para um estabelecimento de saúde com internamento, discriminado por especialidade/valências.

Lotação praticada: número de camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, discriminadas por especialidade/valências num estabelecimento de saúde.

Valência / Serviço de especialidade: Conjunto de meios humanos e físicos, que integram um estabelecimento de saúde e permite a aplicação de saberes específicos em Medicina, originando geralmente unidades orgânicas.

Taxa de ocupação: exprime, em termos percentuais o número de camas hospitalares por cada 100 que estiveram ocupadas, durante um determinado período (um



ano em geral). É-nos dada pela razão entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias.

Grupo de diagnóstico homogéneo (GDH): são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneas do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital.



Anexo B – Entrevista com o Director de Saúde da Força Aérea, Major-General Manuel Calixto

9 de Novembro de 2007, Direcção de Saúde da Força Aérea, Lisboa.

1. Como é efectuado o processo de planeamento de serviços de saúde na Força Aérea? Tem em consideração a capacidade existente nos outros ramos?
2. Quem é o principal interveniente?
3. Há um plano director, para o hospital, com os objectivos futuros e identificação dos meios para os atingir?
4. Como foi definida a actual capacidade de 90 camas para o HFA? Foi feita avaliação de necessidades?
5. As reduzidas taxas de ocupação dos hospitais militares, na sua opinião, serão motivadas pela falta de procura ou pela falta de meios do lado da oferta? Estará a oferta desadequada às necessidades da população alvo?
6. Faria sentido o aproveitamento da capacidade instalada de internamento para cuidados terciários/geriatria?
7. O modelo organizativo do Sistema de Saúde Militar (SSM) tem sido alvo de estudos sucessivos durante os últimos trinta anos, sempre no sentido de se aumentar as sinergias entre os ramos e até agora os resultados estão muito aquém dos esperados. Na sua opinião, qual será o futuro, a médio prazo, em termos organizativos, dos hospitais militares? Passará pelo encerramento de unidades, racionalização das existentes através de integração tipo Centro Hospitalar (CH) ou implementação de mais SUC?
8. Na sua opinião, qual seria o modelo mais eficaz e eficiente?
9. É conhecida a proposta do grupo de trabalho criado pelo Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional?
10. Assumindo que continuam a coexistir os quatro hospitais em Lisboa integrados numa estrutura tipo CH o passo seguinte seria a distribuição de valências por hospital? Traria eficiência?
11. Faz sentido distribuir valências de internamento isoladamente, abstraindo-se da interligação com o ambulatório e da necessidade de interligação entre especialidades?



12. Mantendo o mesmo número de camas, os mesmos recursos, apenas concentrados por especialidade, mas dispersos pelas actuais estruturas, as taxas de ocupação continuariam baixas?
13. Na distribuição de valências por hospitais qual dos critérios consideraria mais importantes:
 - a. Localização do hospital?
 - b. Localização do equipamento?
 - c. Especificidades do ramo?
 - d. Recursos humanos disponíveis no ramo?
 - e. Eficiência demonstrada (baixa demora média), casuística e desempenho, melhores resultados observados face aos esperados? Acha que esta informação deveria ser incluída na função de planeamento? Então, porque não a incluem?



Anexo C – Entrevista com o Director da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais, Ministério da Defesa Nacional, Coronel Adérito Cardoso

21 de Dezembro de 2007, Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais, Lisboa.

1. Já há três décadas que se vem tentando reorganizar o SSM, concretamente nos cuidados especializados (hospitalares), mas até ao momento as reformas anunciadas nunca se concretizaram. Na sua opinião quais têm sido as principais barreiras à reorganização?
2. Na alínea a), do art.º 17º, do Decreto Regulamentar n.º 4/2002, de 5 de Fevereiro, refere que à Divisão de Saúde Militar compete: Promover e participar em estudos tendentes à racionalização dos serviços e optimização das infra-estruturas e equipamentos de saúde. Este trabalho é realizado?
3. Os ramos fazem o planeamento do seu SSM autonomamente sem ter em consideração os recursos já existentes nos outros ramos? Qual o papel da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais na função planeamento de serviços de saúde dos ramos?
4. Então os hospitais militares quando adquirem equipamentos ou investem numa área médica/assistencial em particular têm em consideração a respectiva existência ou não nos outros hospitais militares?
5. Qual a posição e intervenção da DSM nas sucessivas tentativas de remodelação do SSM?
6. Que modelo organizativo dos hospitais militares será o mais indicado para prestar cuidados de saúde, no regime de internamento, com qualidade e eficiência?
7. Estará a capacidade de internamento dos hospitais militares adequada às necessidades da sua população alvo?
8. Faz sentido distribuir valências entre hospitais?
9. Se sim, qual a metodologia mais indicada para a distribuição de valências?
10. Faz sentido distribuir valências de internamento isoladamente, abstraindo-se da interligação com o ambulatório e da necessidade de interligação funcional entre especialidades?
11. Será a implementação de uma estrutura hospitalar militar única a melhor solução para a prossecução do objectivo de prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, tendo em vista a prontidão de resposta, essencial para o cumprimento da missão das FFAA?



12. Tem informação relativa à organização e dimensão dos SSM de outros países?



Anexo D – Entrevista com o Director Clínico do Hospital da Marinha, Capitão de Mar e Guerra Santos Martins

28 de Novembro de 2007, Hospital da Marinha, Lisboa.

1. Como foi definida a actual capacidade de 99 camas para o hospital? Foi feita avaliação de necessidades?
2. A dimensão do Hospital está adequada à população alvo?
3. Há um plano director, para o hospital, com os objectivos futuros e identificação dos meios para os atingir?
4. O Hospital da Marinha tem infra-estruturas e espaço exterior que permitam um crescimento da lotação do internamento e de outras valências?
5. Realizaram alguma intervenção significativa ao nível dos serviços de internamento?
6. Necessitam de intervenções nas instalações a curto/médio prazo??
7. O SSM tem sido alvo de sucessivas tentativas de reorganização sempre no sentido de eliminação da duplicação de valências e de recursos ou mesmo da criação de um hospital único para as FFAA. Como tem o HM encarado a situação?
8. Quais as valências e especialidades médicas essenciais e específicas para o cumprimento da missão da Marinha?
9. Faz sentido, para si, centralizar internamento sem centralizar o ambulatório? Sol. Centralizar tudo ou distribuição de valências?
10. O hospital está aberto a utentes de outros subsistemas para além da ADM?
11. O hospital está a codificar em GDH toda a actividade prestada em regime de ambulatório?



Anexo E – Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro

Princípios orientadores para a acção futura, a salientar no Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro:

1. “...a organização e funcionamento do SSM serão objecto de reajustamentos graduais, orientados por critérios de coerência com a missão e de racionalização de custos...”
 - 1.1. “Redução da duplicação de valências médicas...”
 - 1.3. “Aproveitamento integral da capacidade instalada, ...”
 - 1.5. “Concepção de uma estrutura organizativa que se ocupe da coordenação e desenvolvimento de actividades comuns ao SSM, cujas competências serão cometidas à responsabilidade de um órgão fora da estrutura dos ramos;”
 - 1.6. “Reestruturação das instalações hospitalares militares, cujo número actual se considera excessivo, tendo em atenção o dimensionamento das unidades hospitalares, traduzido em número de camas, que permita uma gestão eficiente e eficaz. A localização das unidades de saúde deve igualmente ser objecto de revisão, considerando... o recurso a suportes tecnológicos que reduzam os inconvenientes da dispersão e potenciem a exploração plena das capacidades disponíveis...”



Anexo F – Despacho n.º 188/MDN/94, de 31 de Julho

É de salientar no Despacho n.º 188/MDN/94, de 31 de Julho, a intenção de “...organização e implementação sistemática de SUC, entendidos como Órgãos/Serviços médicos especializados, que terão a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das Forças Armadas... funcionam com os recursos humanos e materiais próprios do ramo em que estão sedeados...”

Com vista a uma maior rentabilização e racionalização dos meios, foram criados os seguintes Serviços de Utilização Comum (SUC):

Marinha: Serviço de Medicina Hiperbárica, o UTITA (Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo) e o Laboratório de Hemodinâmica (não foi implementado);

Exército: Serviço de Infecçiology, Serviço de Imuno-hemoterapia e o Serviço de Hemodiálise;

Força Aérea: Serviço de Medicina Nuclear e o Centro de Medicina Aeronáutica.

O ponto 5 do Despacho, “considerando a importância de um Serviço de Urgência no SSM...”, determinava a elaboração de estudos com vista à sua implementação como SUC, o que não se verificou “em virtude da inexistência de meios humanos suficientes para garantir a sua operacionalidade.” (Marques, J., 2006: 859).



Anexo G – Beneficiários ADM por distrito

ADM - BENEFICIÁRIOS POR DISTRITO - 2007 Ficheiro de 31 Dez 2007								
	Marinha	% no total	Exército	% no total	Força Aérea	% no total	Total gera	% no total
Aveiro	678	13,61	3.385	67,94	919	18,45	4.982	3,28
Beja	413	20,75	782	39,30	795	39,95	1.990	1,31
Braga	638	12,88	3.859	77,88	458	9,24	4.955	3,26
Bragança	204	18,51	775	70,33	123	11,16	1.102	0,73
Castelo Branco	372	17,13	1.575	72,51	225	10,36	2.172	1,43
Coimbra	855	17,77	3.305	68,70	651	13,53	4.811	3,17
Évora	477	15,36	2.350	75,68	278	8,95	3.105	2,04
Faro	1.633	42,88	1.665	43,72	510	13,39	3.808	2,51
Guarda	198	16,34	873	72,03	141	11,63	1.212	0,80
Leiria	1.121	17,72	2.885	45,61	2.319	36,66	6.325	4,16
Lisboa	13.197	28,59	22.033	47,74	10.926	23,67	46.156	30,38
Portalegre	333	17,04	1.365	69,86	256	13,10	1.954	1,29
Porto	1.212	10,99	8.766	79,47	1.053	9,55	11.031	7,26
Santarém	2.088	16,12	8.040	62,07	2.825	21,81	12.953	8,53
Setubal	21.047	68,89	6.034	19,75	3.472	11,36	30.553	20,11
Viana do Castelo	731	38,80	976	51,80	177	9,39	1.884	1,24
Vila Real	253	9,76	2.175	83,91	164	6,33	2.592	1,71
Viseu	535	13,19	3.167	78,08	354	8,73	4.056	2,67
Madeira	256	13,14	1.646	84,50	46	2,36	1.948	1,28
Madeira	222	11,78	1.627	86,31	36	1,91	1.885	1,24
Porto Santo	34	53,97	19	30,16	10	15,87	63	0,04
Açores	792	23,45	1.867	55,27	719	21,28	3.378	2,22
Santa Maria	32	42,67	35	46,67	8	10,67	75	0,05
São Miguel	373	21,88	1.277	74,90	55	3,23	1.705	1,12
Terceira	112	9,55	424	36,15	637	54,31	1.173	0,77
Graciosa	19	90,48	2	9,52	0	0,00	21	0,01
São Jorge	27	47,37	19	33,33	11	19,30	57	0,04
Pico	69	62,73	37	33,64	4	3,64	110	0,07
Faial	132	64,08	70	33,98	4	1,94	206	0,14
Flores	28	90,32	3	9,68	0	0,00	31	0,02
Estrangeiro	306	32,14	596	62,61	50	5,25	952	0,63
Total	47.339	31,16	78.119	51,42	26.461	17,42	151.919	100,00

Fonte: Instituto de Acção Social das Forças Armadas, ADM.



Anexo H – Percentagem de beneficiários ADM - por distrito, 2007

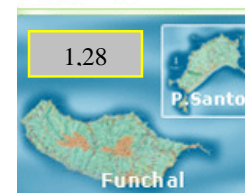


AÇORES

2,22



Arquipélago da Madeira



Fonte: Instituto de Acção Social das Forças Armadas, ADM.



Anexo I – Capacidade necessária no SSM, por especialidade

		Total Geral SNS – RLVT 2005	% rel	Cenário A FFAA RLVT	Hospitais Distritais e Dist. Nível 1 SNS – RLVT 2005	% rel	Cenário B FFAA Total	Cenário B FFAA RLVT
Total camas		8564		218	2754		181	70
Cirúrgico	Total Cirúrgico	3784	44,2%	96	1334	48,4%	88	34
	Cirurgia Córdio-torácica	96	1,1%	2	0	0,0%	0	0
	Cirurgia máxilo-facial	24	0,3%	1	4	0,1%	0	0
	Cirurgia pediátrica	57	0,7%	1	16	0,6%	1	0
	Cirurgia plást. Reconstructiva	124	1,4%	3	35	1,3%	2	1
	Cirurgia vascular	95	1,1%	2	14	0,5%	1	0
	Ginecologia	207	2,4%	5	84	3,1%	6	2
	Neurocirurgia	180	2,1%	5	0	0,0%	0	0
	Obstetria	509	5,9%	13	218	7,9%	14	6
	Oftalmologia	127	1,5%	3	41	1,5%	3	1
	Ortopedia	715	8,3%	18	267	9,7%	18	7
	Otorrinolarigologia	155	1,8%	4	37	1,3%	2	1
	Urologia	264	3,1%	7	100	3,6%	7	3
	Cirurgia geral	1159	13,5%	30	477	17,3%	31	12
	Outras espec. Cirúrgicas	72	0,8%	2	41	1,5%	3	1
Médicos	Total Médicos	4780	55,8%	122	1420	51,6%	93	36
	Cardiologia	286	3,3%	7	120	4,4%	8	3
	Dermatovenereologia	74	0,9%	2	10	0,4%	1	0
	Endocrinologia	22	0,3%	1	0	0,0%	0	0
	Gastrentereologia	129	1,5%	3	39	1,4%	3	1
	Hematologia	84	1,0%	2	0	0,0%	0	0
	Infecçologia	151	1,8%	4	22	0,8%	1	1
	Nefrologia	82	1,0%	2	28	1,0%	2	1
	Neonatologia	87	1,0%	2	52	1,9%	3	1
	Neurologia	150	1,8%	4	47	1,7%	3	1
	Pediatria	373	4,4%	9	168	6,1%	11	4
	Pneumologia	311	3,6%	8	113	4,1%	7	3
	Psiquiatria	1062	12,4%	27	92	3,3%	6	2
	Medicina Interna	1617	18,9%	41	649	23,6%	43	16
	Outras espec. Médicas	352	4,1%	9	80	2,9%	5	2

Fonte: Elaboração própria



Anexo J – Pessoal médico por especialidade exercida, 2006

	HM	HMP	HFA
Anatomia Patológica		8	
Anestesiologia	2	8	7
Cardiologia	2		3
Cardiologia Pediátrica			
Cirurgia Córdio-torácica		1	
Cirurgia Geral	3	8	4
Cirurgia Máxilo-facial			
Cirurgia Pediátrica		1	
Cirurgia Plástica e Reconstructiva		1	3
Cirurgia Vascular		1	
Dermatovenereologia	3		2
Endocrinologia		2	
Estomatologia	1	6	2
Fisiatria		2	2
Gastroenterologia	3	4	4
Genética médica		4	
Ginecologia/Obstetrícia	1	5	3
Hematologia Clínica			
Imunoalergologia		1	1
Imuno-hemoterapia			
Infecciologia			
Medicina Dentária	6		5
Medicina do Trabalho			
Medicina Física e de Reabilitação	1	2	
Medicina Geral e Familiar			
Medicina Interna	5		3
Medicina Nuclear		1	1
Nefrologia		5	
Neurocirurgia		3	
Neurologia	1	1	2
Neuropediatria			
Neurorradiologia		2	2
Oftalmologia	2	7	4
Oncologia Cirúrgica			
Oncologia Médica			
Ortopedia	3	4	4
Otorrinolaringologia	2	5	4
Patologia Clínica	1	2	1
Pediatria		1	
Psiquiatria da Infância e da Adolescência			
Pneumologia	1		2
Psiquiatria	2	4	2
Radiodiagnóstico		10	
Radiologia	1	1	1
Radioterapia			
Reumatologia		1	
Urologia		3	3
Outras especialidades		7	4
Outro pessoal médico		2	
TOTAL	40	113	69

Fonte: Elaboração própria com base nos Inquéritos aos Hospitais (2006) enviados pelos Hospitais Militares ao Instituto Nacional de Estatística.